



AUTORITZACIÓ PER A DONAR MEDICAMENT

En/Na amb DNI.....

pare, mare, tutor/a de l' alumne/a

AUTORITZO al/ a la mestre/a, tutor/a a donar el medicament següent, del qual n'adjunto la recepta mèdica pertinent:

- Nom del medicament:.....
- Dosis a administrar:.....
- Hora:
- Els dies:.....
- Explicacions: (si són gotes, orals, si cal prendre-ho amb aigua...):

.....

.....

.....

Signat

ZER El Siód de 20.....